23

EXTRAIT DE LA *REVUE NEUROLOGIQUE* (N° 5, Novembre 1936).

A PROPOS DE L'ABLATION D'UN SEUL BLOC DES ABCÈS ENCAPSULÉS DU CERVELET

PAR

MM. P. PUECH, D. MAHOUDEAU et H. ASKENASY

MASSON & Cie, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)

EXTRAIT DE LA *REVUE NEUROLOGIQUE* (N° 5, Novembre 1936).

A PROPOS DE L'ABLATION D'UN SEUL BLOC DES ABCÈS ENCAPSULÉS DU CERVELET

PAR

MM. P. PUECH, D. MAHOUDEAU et H. ASKENASY

Depuis notre communication à la séance de la Société de Neurologie de décembre 1934 sur le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau, dans laquelle J. A. Chavany et l'un de nous (1) rapportaient les observations de deux premiers cas d'abcès du cerveau enlevés complètement, d'un seul bloc, sans les ponctionner ni les ouvrir et qui restent actuellement guéris, un certain nombre de cas ont été opérés avec succès dans le service neuro-chirurgical de la Pitié. Notre maître Clovis Vincent a mis en honneur leur traitement en deux temps.

Cependant notre expérience du traitement des abcès du cervelet par cette méthode restait nulle puisque jamais encore il n'en avait été enlevé. A vrai dire, dans nos recherches bibliographiques nous n'en avons pas non plus trouvé de cas dans les littératures étrangères.

Nous relatons aujourd'hui un premier cas d'ablation en masse d'un abcès du cervelet. Bien que nous ayons à déplorer la mort de la malade, il nous est tout de même possible d'affirmer qu'elle est morte non de suppuration, mais à la manière d'une tumeur non inflammatoire du cervelet, au cours d'accidents d'hypotension intracranienne consécutifs au déblocage du IVe ventricule. Ces accidents postopératoires sur lesquels insiste depuis longtemps notre maître Clovis Vincent et sur lesquels sont revenus MM. A. Baudouin et P. Puech, sont essentiellement curables si, prévenu à temps, on procède au *regonflage immédiat des ventricules collapsés.*

Malgré le résultat de cette intervention, nous croyons donc intéressant de rapporter l'observation pour insister sur les faits suivants :

1° Les abcès du cervelet peuvent s'enkyster à la manière des abcès du cerveau ;

(1) P. Puech et J. A. Chavany. Le traitement chirurgical de l'abcès du cerveau. *Rev. Neurol.*, n° 6, déc. 1934.

2° L'ablation en masse d'un abcès du cervelet a été aussi facile que celle d'une tumeur non inflammatoire. Cette technique mérite donc

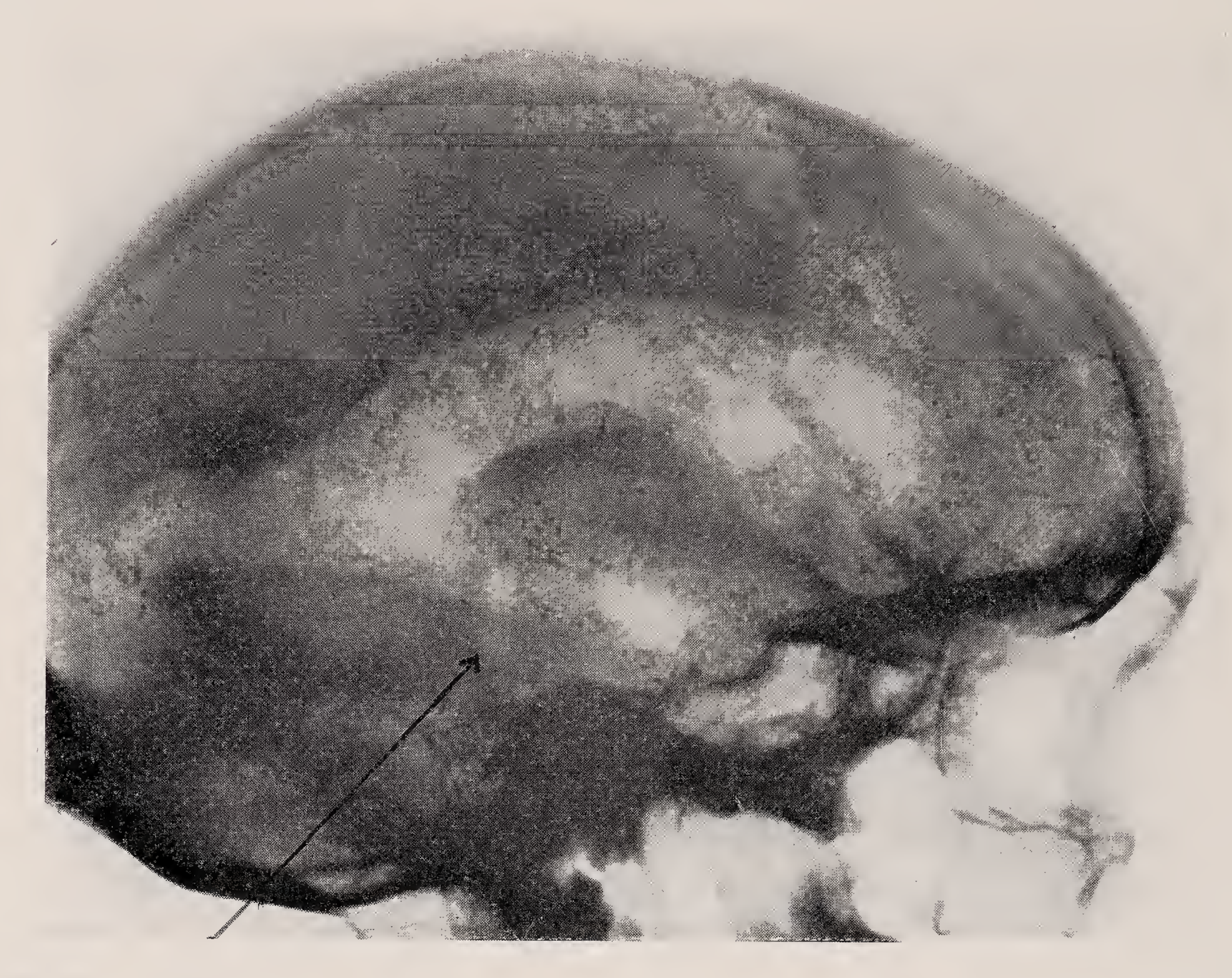


Fig. 1. — Image de ventriculographie dans l'abcès à coque du cervelet. La flèche indique l'amputation haute du IVe ventricule.

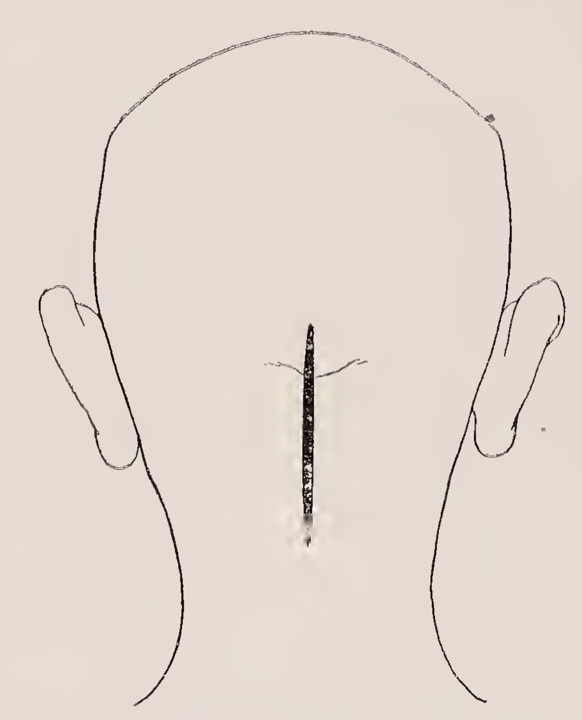


Fig. 2 (*a*). — *Schémas opératoires de l'ablation de l'abcès à coque du cervelet* (P. Puech). La ligne d'incision médiane.

d'être envisagée dans les abcès du cervelet. L'intervention, comme on le verra dans l'observation, a été faite en plusieurs temps.

3° Dans le cas que nous rapportons, il s'agissait d'un abcès cérébelleux métastatique à staphylocoque datant de 2 mois 1/2. Nous n'avons

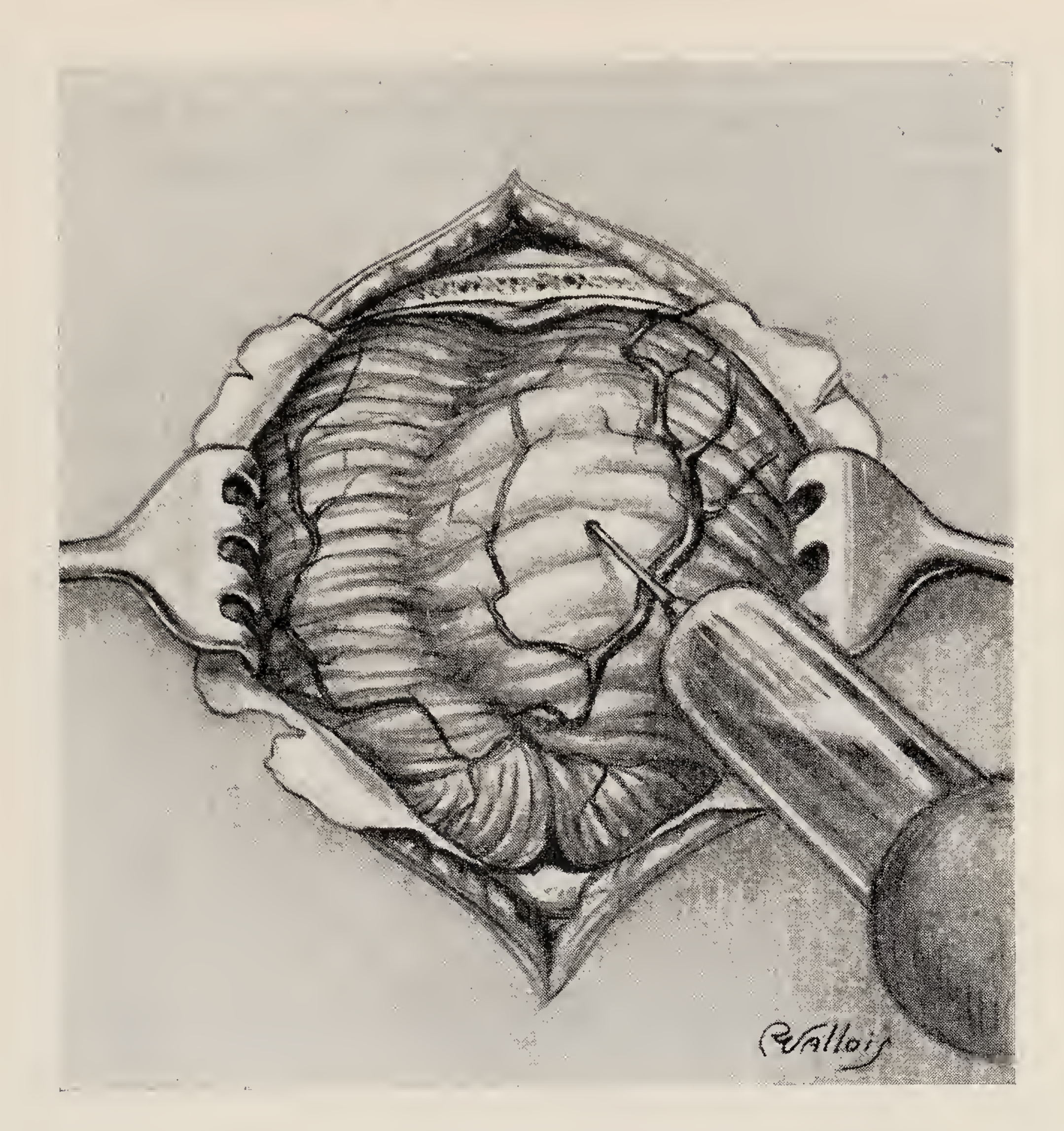


Fig. 2 (*b*). — *Schémas opératoires de l'ablation de l'abcès à coque du cervelet* (P. Puech). La ponction de l'abcès cérébelleux profond.

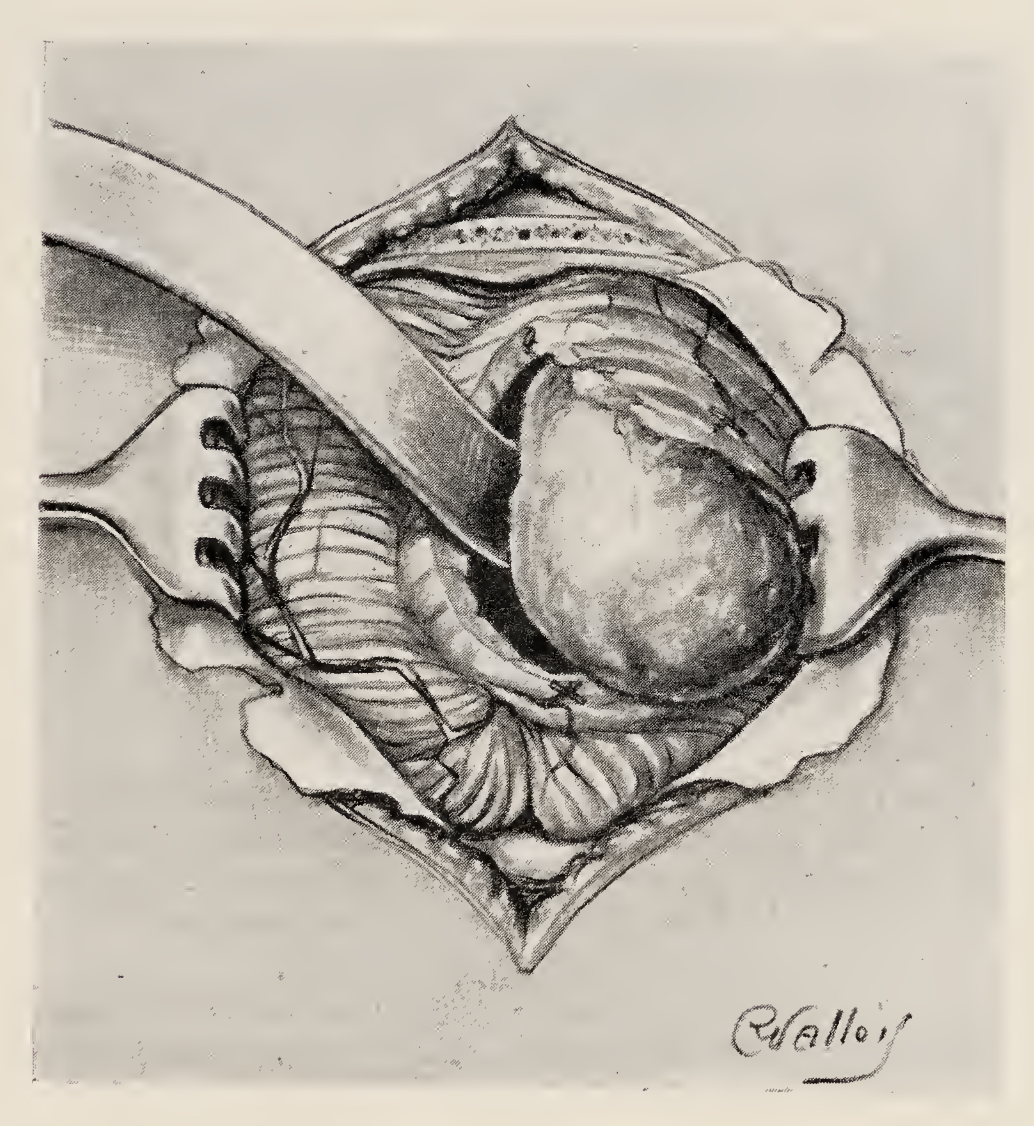


Fig. 2 (*c*). — *Schémas opératoires de l'ablation de l'abcès à coque du cervelet* (P. Puech). L'ablation en masse de la coque de l'abcès et d'un fragment de cervelet adhérent à la coque.

pas encore l'expérience de cette technique dans les abcès cérébelleux d'origine otitique. Nous ne l'avions pas davantage lors de notre première communication sur les premiers cas d'abcès du cerveau.

Observations.

Abcès du sein droit incisé ; puis abcès dans la région pubienne ; enfin abcès cérébelleux paramédian droit : 1° *Ponction ventriculaire.* 2° *Ventriculographie et décompressive sous-temporale droite.* 3° *Ablation d'un seul bloc de l'abcès après évacuation du pus par ponction.*

Amélie A..., 52 ans, est adressée à l'un de nous le 12 mai 1936 par le Dr Hussenstein pour un syndrome d'hypertension intracranienne.

L'*histoire* de la malade est la suivante : elle a d'abord fait un abcès du sein ; puis un abcès de la région pubienne ; et enfin elle a brusquement présenté un syndrome d'hypertension intracranienne à évolution rapide.

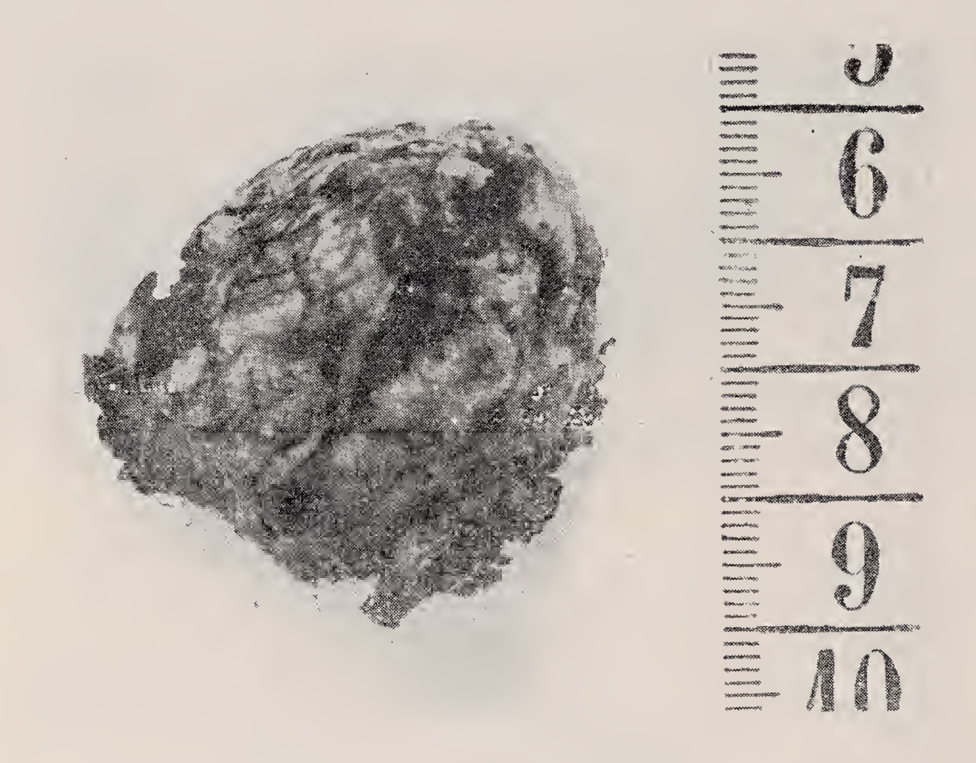


Fig. 3. — La pièce opératoire.

1° Trois mois avant qu'elle nous ait été amenée d'urgence à la clinique, un abcès à staphylocoques du sèin droit avait été incisé. La guérison avait été rapide, mais quelques jours après elle présentait un abcès de la région pubienne, qui s'ouvrait spontanément. Elle n'avait alors aucun signe d'une atteinte encéphalique.

2° Il y a deux mois et demi, très brusquement son entourage note l'apparition des symptômes suivants : *a*) *le caractère change* : elle devient violente, irritable, parfois elle a de véritables crises de fureur ; parfois au contraire elle est exagérément joviale et euphorique ; *b*) elle ne peut plus dormir et cette *insomnie* d'apparition toute récente est rebelle à toute médication ; *c*) enfin elle commence à souffrir de *céphalées* diffuses, par paroxysme atroce.

Il y a quinze jours (27 avril 1936), elle s'alite tant elle souffre de la tête. La céphalée est alors à prédominance occipitale. Elle a mal dans la nuque avec irradiation dans les deux trapèzes. Les Drs Hussenstein et Mahoudeau qui l'examinent ne décèlent aucun trouble neurologique moteur, réflexe, sensitif, cérébelleux. Par contre, ils notent déjà l'existence d'un léger œdème bilatéral des papilles.

3° Le 6 mai, la malade tombe dans le *coma* et d'urgence les Drs Hussenstein et Mahoudeau font une *double trépanation occipitale droite et gauche et ponctionnent les ventricules* :

Seul le ventricule gauche est trouvé. Après soustraction de 60 cmc. de liquide la malade sort du coma. L'examen du liquide montre albumine 0 gr. 56 ; examen cytologique 67 éléments par mmc., formule à lymphocytes ; pas de germes à l'examen direct ni aux cultures.

Cinq jours plus tard la malade devient à nouveau somnolente et d'urgence elle nous est adressée.

4° A son entrée à la clinique, après son transport en ambulance le 12 mai 1936, la malade ne reconnaît personne de son entourage, elle dit des mots sans sens, elle s'agite et se retourne sans cesse dans son lit. L'examen neurologique est impossible. On note



Fig. 4. — *Abcès à coque du cervelet.* Cas des figures 2 et 3. Coupe histologique à un faible grossissement (P. Puech.)

simplement une raideur de la nuque et un Kernig. On lui fait des injections intraveineuses de magnésie à 15 % à raison de 3 cmc. toutes les trois heures.

Le lendemain matin 13 mai 1936 la malade est consciente. Tantôt elle répond correctement aux questions simples qu'on lui pose, tantôt elle dit des mots incompréhensibles. La raideur de la nuque et le Kernig sont moins accusés. Il n'existe aucun trouble moteur réflexe, sensitif, cérébelleux. L'examen oculaire montre un léger œdème du bord papillaire droit. Le champ visuel est normal, l'acuité visuelle est environ de 6/10. L'exa-

men radiologique du crâne ne montre aucun signe radiologique d'hypertension intracranienne, ni impression digitale ni disjonction des sutures.

Dans l'après-midi du même jour, malgré le sulfate de magnésie, la torpeur réapparaît et s'accentue rapidement. La malade a des troubles de la respiration, du hoquet, des troubles de la déglutition. L'intervention d'urgence est décidée. Comme la possibilité d'un abcès mérite d'être envisagé, étant donné les antécédents de la malade, mais qu'il n'y a aucun signe clinique net de localisation, on décide de faire une ventriculographie par les trous de ponction faits antérieurement.

Intervention. Celle-ci comporte trois temps successifs.

1° *Premier temps* : 13 mai 1936. Ponction des ventricules et injection d'air (P. Puech).



Fig. 5. — *Abcès sans coque du cervelet* On distingue néanmoins la réaction de défense qui déjà limite la cavité purulente (J. Jumentié et Puech).

Soustraction de 45 cmc. de liquide et injection d'une quantité correspondante d'air. Les radiogrammes montrent une dilatation symétrique des ventricules latéraux et du IIIe ventricule. Le IVe ventricule est amputé à sa partie toute supérieure. Cette image est celle que l'on peut voir dans une tumeur de la ligne médiane.

2° *Deuxième temps*, le 13 mai 1936. Etant donné l'état général de la malade, nous pensons qu'elle a les plus grandes chances de ne pas résister à une exploration de la fosse postérieure et nous décidons de faire d'abord une décompressive sous-temporale puisqu'elle a momentanément bénéficié déjà de la simple ponction ventriculaire. Cette trépanation décompressive (P. Puech) est faite sans incidents.

Le lendemain de l'intervention et les jours suivants, l'état de la malade s'améliore. Cependant les céphalées, l'insomnie, les troubles mentaux persistent. Le hoquet disparaît. Le 3e temps est décidé avant que la malade retombe dans le coma.

3° *Troisième temps*, le 19 mai 1936 (P. Puech et H. Askenasy). Exploration de la fosse postérieure par incision médiane [fig. 2 (*a*)]. La dure-mère est tendue. Ouverture de la citerne postérieure immédiatement au-dessus de l'arc postérieur de l'atlas : la

dure-mère se détend. Ouverture de la dure-mère. Le lobe gauche du cervelet est refoulé par un lobe droit, volumineux, qui dépasse la ligne médiane. A son niveau, les lamelles sont étalées et hypervascularisées. Ponction du lobe droit au point où la saillie est maximum [fig. 2 (*b*)]. Le trocard mousse s'arrête à 1 cm. 5 de profondeur sur une résistance anormale. Une seringue ayant été montée sur le trocard, la résistance est vaincue et l'on aspire du pus franc épais. Le laboratoire apprend immédiatement qu'il s'agit d'un pus à staphylocoques. Les cultures donneront une culture pure de staphylocoques dorés.

Exposition de la coque de l'abcès par ablation à l'appareil à électro-coagulation de la couche du cervelet qui le masque.

Ablation en masse de l'abcès antérieurement vidé de son contenu. Au niveau du pôle supérieur de l'abcès il n'est pas possible de cliver la coque du tissu cérébelleux sain. Afin d'éviter tout risque d'ouverture inopinée de l'abcès, un fragment de lobe cérébelleux sain est donc enlevé à ce niveau en même temps que l'abcès [fig. 2 (*c*)].

Hémostase. Fermeture.

L'intervention terminée, on perce un trou de trépan frontal droit dans le but de pouvoir ponctionner la corne ventriculaire frontale sans avoir à déplacer la malade, si le besoin s'en fait sentir pendant les suites opératoires.

Suites opératoires. La malade est remise dans son lit en parfait état. Le soir de l'intervention elle est très présente. Elle s'est renseignée sur l'endroit où elle est et sur ce qu'on lui a fait. Elle dit qu'elle ne souffre plus de la tête.

Le lendemain matin, à 8 h. 30, nous trouvons la malade dans un état quasi comateux. C'est alors seulement que nous apprenons qu'après avoir été dans un état parfait pendant la première partie de la nuit à partir de ce moment, elle avait eu du hoquet, qu'elle avalait moins bien, qu'elle était devenue somnolente. Ce que nous découvrions était du coma et non pas du sommeil.

Le pansement est immédiatement défait et par le trou de trépanation frontale qui avait été pratiqué pour parer aux accidents d'hyper ou d'hypotension, une ponction est pratiquée en direction de la corne frontale. Il y a hypotension ventriculaire. C'est à la seringue seulement qu'on arrive à retirer 3 cmc. de liquide clair qui resteront stériles à la culture. Il faut injecter 60 cmc. de liquide de Ringer pour remplir les ventricules. A ce moment la malade s'éveille momentanément et peut répondre aux questions. Dans la soirée l'état s'aggrave à nouveau et la famille emmène d'urgence la malade en ambulance. Elle meurt pendant le trajet.

L'examen anatomique de la pièce (fig. 3) montre qu'il s'agit d'un abcès à coque du cervelet paramédian droit. La coque vidée de son contenu pèse 20 grammes. Sur la coupe histologique ci-contre (fig. 4) on distingue nettement : 1° le fragment de cervelet sain se continuant par transition insensible avec la coque ; 2° la coque épaisse ; 3° la cavité centrale dans laquelle il reste encore un peu de pus à staphylocoques dorés.

Remarques.

Telle est l'observation d'abcès encapsulé du cervelet que nous désirions relater. Elle nous suggère un certain nombre de remarques :

1° Bien que la malade soit morte, il est permis d'affirmer qu'il n'y a pas eu infection. La malade est morte d'accidents d'hypotension consécutifs au déblocage du IVe ventricule, comme peut le faire une tumeur non inflammatoire de la région ;

2° Les abcès du cervelet peuvent s'enkyster à la manière des abcès du cerveau. Leur évolution anatomique peut être la même : *a*) après une phase de cérébellite non suppurée, succède *b*) un stade d'abcès sans coque ; et enfin *c*) un stade d'abcès avec coque.

Déjà dans notre travail de juillet 1935 (Les abcès du cerveau. Leur

diagnostic et les indications thérapeutiques, P. Puech, C. Eliades et H. Askenasy, *Ann. de th. biologique*, n° 9) nous avions montré une figure, que nous reproduisons ici d'un *abcès sans coque du cervelet* que l'un de nous avait étudié avec son regretté maître J. Jumentié au laboratoire de la fondation Dejerine (fig. 5). Sur cette figure on distingue déjà nettement la réaction de défense qui limitera la cavité purulente.

Dans le cas d'*abcès du cervelet avec coque* que nous rapportons aujourd'hui, on se rend compte exactement sur la coupe histologique ci-contre (figure 4), des rapports du tissu cérébelleux avec la coque.

3° L'ablation en masse de cet abcès du cervelet a été aussi facile que celle d'une tumeur non inflammatoire. Nous nous croyons donc autorisés à dire que cette technique mérite d'être envisagée dans de tels cas d'abcès encapsulés du cervelet.

(*Travail du service neuro-chirurgical du Docteur Vincent.*)

Poitiers. — Société française d'Imprimerie et de Librairie. — 1936. (*Published in France.*)



Published in France.